

様式第3号（第8条関係）

越前町後期高齢者医療 人間ドック・脳ドック助成金交付申請書兼請求書

申請者 (受診者)	被保険者証番号	適用開始年月日 ()		
	住 所 電話番号	福井県丹生郡越前町 日中連絡のつく電話番号 ()		
	ふりがな 氏 名			
	生年月日	年 月 日		
受診年月日 受診したドック名		年 月 日 ☐ 人間ドック ☐ 脳ドック (オプション受診含む)		
医療機関名				
申 請 額		円	人間ドック費用 円×0.6 上限 11,000 円	脳ドック費用 円×0.6 上限 20,000 円
振 込 先	金融機関名	銀行・農協 信用金庫 本店・支店 信用組合 本所・支所・出張所		
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	フリガナ 口座名義人			
下記事項に同意の上、上記のとおり人間ドック・脳ドック助成金の交付を申請します。 ☐にレを付けてください。 ☐ 受診した人間ドック・脳ドックにおいて、他者から費用の助成を受けていません。 ☐ 申請にあたり、後期高齢者医療保険料の収納状況を確認すること、および町税の収納状況について町税務課が町健康保険課に対し情報を提供することに同意します。 ※本申請書に基づき提供された納税状況は、人間ドック・脳ドック助成金交付事業事務以外には使用いたしません。 ☐ 人間ドック・脳ドックの結果を健康診査の結果として提供します。また町が実施する保健指導の対象となった場合は、保健指導を受けます。 ☐ 福井県後期高齢者医療広域連合が実施する健康診査に該当する結果等データについては、町と福井県後期高齢者医療広域連合において保管し、国への実施結果報告として匿名化され、部分的に提出されることを了承します。 ※受診者（申請者）と振込先の口座名義人が異なる場合は、下記の☐にレ点をつけて下さい。 ☐ 上記口座名義人に、本申請書に基づく助成金の受領を委任します。 年 月 日 越前町長 様 申請者（受診者）署名 印				

振込先金融機関口座確認書類 貼付位置

※越前町税務課担当者記入欄

申請者の 年 月 日現在の納税状況については以下のとおりです。

全税目において、

- ☐ 滞納なし
☐ 徴収猶予あり
☐ 滞納あり

受付印欄

(添付書類)

- ①本人確認できるもの ※写し不要 ②ドックの領収書、明細書（両方とも原本）
③ドック受診結果票 ④振込先がわかるもの ⑤健康診査・がん検診受診券

後期高齢者医療保険料の収納状況	1年以上町民	3年以内に脳ドックの助成を受けていない	受付日